

Algunos problemas educativos prioritarios a resolver en la formación del médico de familia

J.L. Turabián Fernández^a y B. Pérez Franco^b

Un factor de la situación de estancamiento de la atención primaria (AP) es la falta de clarificación del perfil del médico de familia (MF)¹. El elemento central del diagnóstico y tratamiento del MF es identificar la experiencia relacional del paciente y considerarla globalmente²⁻⁴. La formación que están recibiendo los médicos no está respondiendo a estas necesidades⁵⁻⁷. En este escenario, a continuación se exponen algunos problemas educativos prioritarios a resolver en la formación del MF.

Trasladar el aprendizaje en práctica clínica

Los MF conocen a sus pacientes, a las familias de sus pacientes, sus comunidades y se conocen a sí mismos. La base verdadera de la medicina de familia descansa en la formalización y transmisión de este conocimiento. Los estudiantes y residentes saben que los elementos psicosociales que caracterizan la vida de una persona tienen un impacto en su enfermedad, y que la persona es el sujeto y objeto de la asistencia médica, pero son incapaces de ponerlo en práctica con la intensidad necesaria para sustituir a la visión tecnológica y la medicina centrada en la patología^{6,7}.

Al ser la persona en su contexto el centro del interés médico, se necesita aprender los métodos del naturalista —entender, observar, pensar, reflexionar— que nos permitan «ver realmente» a los pacientes como personas, aparte de ver los mecanismos de la enfermedad. No es ver la enfermedad y «algo» del paciente, sino poner al «paciente-contexto» primero y la enfermedad y su fisiopatología detrás: la naturaleza de la enfermedad es importante, pero no central.

El problema especial de la tecnología

No debemos confundir el alto conocimiento médico y tecnológico con la complejidad de la vida (de la condición humana). La maestría técnica puede enseñarse con tiempo, el conocimiento de la complejidad se logra mediante la experiencia reflexiva^{6,8}. El médico es su propia tecnología cuando tratamos con personas y no con enfermedades. La AP nunca alcanzará sus metas sin resolver el problema de la tecnología. La tecnología llega para servir a los propósitos de los médicos, pero finalmente éstos redefinen sus propias metas según la tecnología. La ciencia aumenta el conocimiento de la enfermedad mediante el empleo de tecnología y promoviendo el desarrollo de más tecnologías, pero este proceso refuerza la visión biomédica de la enfermedad y promueve un círculo vicioso de más y más tecnología.

La tecnología produce una fascinación que favorece su perpetuación. Así, el médico, ante el paciente que sufre, no habla sobre el sufrimiento o sobre qué puede hacer por el enfermo...; no, el médico lee los resultados de las analíticas y las radiografías, lo que es muchas veces irrelevante para el complejo problema más inmediato del paciente, pero que da la apariencia de resultados inmediatos y sencillos. Emplear una tecnología generalmente nos obliga a usar otra. En definitiva, tendemos a redefinir los problemas de una forma tal que la tecnología parezca

LECTURA RÁPIDA

El elemento central del diagnóstico y tratamiento del MF es identificar la experiencia relacional del paciente y considerarla globalmente

Trasladar el aprendizaje en práctica clínica

Al ser la persona en su contexto el centro del interés médico, se necesita aprender los métodos del naturalista que nos permitan «ver realmente» a los pacientes como personas, aparte de ver los mecanismos de la enfermedad.

El problema especial de la tecnología

El médico es su propia tecnología cuando tratamos con personas y no con enfermedades.

Tendemos a redefinir los problemas de una forma tal que la tecnología parezca adecuada para su resolución, cuando ese problema en su expresión original no era susceptible de ser resuelto con tecnología.

^aEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

^bEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Correspondencia:
José Luis Turabián.
Calderón de la Barca, 24. 45313 Yepes. Toledo.
España.
Correo electrónico: jturabianf@meditex.es

Manuscrito recibido el 21 de febrero de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 25 de febrero de 2004.

Palabras clave: Medicina de familia. Formación. Contextualización.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
El método clínico

El método clínico que habitualmente se enseña y se practica es inadecuado.

▼
El conocimiento objetivo (medible) está en conflicto con el conocimiento subjetivo (personal).

▼
El problema no es si uno es mejor o peor que el otro, sino cómo podemos aumentar la efectividad de las acciones médicas: contextualizando.

▼
La contextualización hace que el dato subjetivo llegue a ser objetivo en esa situación.

▼
Lo importante es intentar entender el proceso del «ojo clínico» –la contextualización– e incluirlo en el método clínico.

TABLA 1**Tres problemas principales del método clínico que se enseña habitualmente y que lo hacen inadecuado en atención primaria**

1. El conocimiento de las personas está generalmente ausente del método clínico, y eso es justamente la base para entender la enfermedad en atención primaria
2. La mayor parte de la información que se precisa para el diagnóstico y tratamiento en atención primaria aún debe obtenerse mediante la comunicación con los pacientes. Una persona puede conocerse sólo por otra persona. El mundo de la enfermedad está lleno de emociones: miedo, tristeza, pena, alivio, felicidad... Si el médico de familia no es consciente de las emociones del paciente, y de las suyas propias, pierde una importante herramienta para llegar al diagnóstico y al tratamiento
3. Se olvida que el juicio clínico del médico es un componente del método clínico

adecuada para su resolución, cuando ese problema en su expresión original no era susceptible de ser resuelto con tecnología⁹.

El método clínico

El método clínico que habitualmente se enseña y se practica es inadecuado, en especial en AP y así es causa de problemas para los médicos, pacientes y sistema sanitario (tabla 1). ¿Cómo puede resolverse en el método clínico el aparente conflicto entre la forma de pensar centrada en la enfermedad y la centrada en el paciente?: contextualizando.

Hay una idea médica de que el conocimiento objetivo (medible) está en conflicto con el conocimiento subjetivo (personal) que es necesario para conocer al individuo sano o enfermo. El problema no es si uno es mejor o peor que el otro, sino cómo podemos aumentar la efectividad de las acciones médicas: contextualizando. Al conocer primero a las personas en sus contextos somos capaces de ser más efectivos con nuestros instrumentos «objetivos». Evidentemente, esto tiene grandes implicaciones conceptuales y docentes en el modelo de MF a formar.

Toda enfermedad es una historia que envuelve al cuerpo de la persona, e incluye síntomas, acciones propias y de otros. Es

difícil lograr una alianza terapéutica con el paciente si no conocemos sus significados y sus contextos. No es fácil que el paciente exprese emociones si no percibe emociones en el médico. Algunas de estas informaciones podrían ser objetivas y medibles, pero la mayoría son subjetivas. Con todos estos datos, subjetivos y objetivos, se toman las decisiones clínicas. La información será verdadera si es útil en su contexto. Tenemos que valorar si los datos objetivos tienen sentido o significado en nuestro paciente. La contextualización hace que el dato subjetivo llegue a ser objetivo en esa situación. Una información trivial no logra ser significativa aunque sea un valor verdadero de una medida objetiva. Por lo tanto, en el método clínico necesitamos aumentar, no la objetividad matemática, sino la relevancia de los datos, y el camino es la contextualización.

Es un error la formación que trata de eliminar ese concepto antiguo de «el ojo clínico del médico sabio» (subjetivo) para enfatizar la epidemiología clínica como único acercamiento (objetivo) a las pruebas. Lo importante es intentar entender el proceso del «ojo clínico» –la contextualización– e incluirlo en el método clínico. Los juicios no pueden ser verdad o mentira en abstracto (en la generalización del protocolo),

TABLA 2**Tres tipos de «experiencias» del médico familia**

1. Hay un tipo de experiencia que se refiere a una especie de método experimental de prueba y error, que nos permite ir aprendiendo y que, probablemente, no haya forma de sustituir en la formación médica
2. Hay otro sentido de experiencia: tener experiencia con enfermos significa permitir que su experiencia de enfermedad llegue a formar parte de mi experiencia de médico. Esto quiere decir que el médico recibe información sobre los significados del paciente, emociones e intuiciones. La experiencia del médico debería ir acumulando todo ese rango de experiencias de los pacientes, permitiendo al médico realizar un verdadero juicio clínico
3. Hay un tercer tipo de experiencia: la experiencia de estar siendo un médico en el proceso de adquirir los otros dos tipos de experiencia. Es un aprender del paciente para la vida del médico. La vida se guía por la comprensión e interpretación cambiante de mi experiencia, y es siempre un proceso «de llegar a ser

sino caso a caso. Y eso tiene que enseñarse y debe ser aprendido por los futuros MF. En la era de la medicina tecnológica se ha banalizado la importancia de lo subjetivo, lo contextualizado, las emociones y las intuiciones. Pero es imposible eliminarlo porque forma parte de nuestra vida de cada día. Sin embargo, se va atrofiando nuestra capacidad y somos cada vez más inexpertos en medicina a pesar del desarrollo tecnológico. El novicio llega a experto competente pasando de comportamientos basados en normas a comportamientos basados en contextos¹⁰. La formación médica adecuada debería proporcionar las bases para realizar juicios contextualizados y, por tanto, debería incluir estas habilidades en el entrenamiento de médicos jóvenes².

La importancia de la experiencia

Si no somos capaces de formar MF que puedan extraer experiencias de su propia experiencia, nada más tendrá valor. El conocimiento clínico se aprende por la experiencia, pero se podría decir que la medicina no ha llegado a adquirir el hábito de reflexionar sobre sus propios hábitos intelectuales. Hay tres tipos de «experiencia»^{6,11} (tabla 2), y en la formación de nuestros MF deberíamos desear que se entrenaran en ellos. Es preciso formar MF reflexivos, que usen el ciclo de reflexión-acción como estrategia que ayuda a superar los problemas.

Conclusión

La habilidad básica del médico de familia es la contextualización y personalización de cualquier evento relacionado con la salud y la enfermedad para un individuo-fa-

milia dados. Está claro que se precisa una nueva formación en medicina de familia que debe enfatizar los aspectos centrales de la especialidad.

Bibliografía

1. Pérez-Franco B. Turabián Fernández JL. Servicios funcionales de medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria* 2001;28:217-8.
2. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35.
3. Turabián JL. Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1995.
4. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Habilidades cruciales del médico de familia y sus implicaciones en la gestión y la formación: diagnóstico, tratamiento, cura y resolución. *Cuadernos de Gestión* 2003;9:70-87.
5. Rubio MM. Entrevista: Charles Boeles: «La formación médica no responde a las necesidades de la sociedad». *Diario Médico.com*. [consultado 02/10/2003]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,397799,00.html>
6. Cassell EJ. *Doctoring. The nature of primary care medicine*. New York: Oxford University Press, 1997.
7. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El futuro de la medicina de familia. *Aten Primaria* 2001;28:657-61.
8. Learmonth AL. Utilizing research in practice and generating evidence from practice. *Health Educ Res Theory Practice* 2000;15:743-56.
9. Beilby JJ, Furler JS. 2020 Vision. *General practice Research. MJA* 2003;179:55-6 [consultado 12/10/2003]. Disponible en: http://www.mja.com.au/public/issues/179_01_070703/che10369_fm-7.html
10. Leach DC. Competence is a habit. *JAMA* 2002;287:243-4.
11. Rogers CR. *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1961.

LECTURA RÁPIDA

▼
En el suero humano existen las isoenzimas ósea, hepática, intestinal, placentaria, renal y I

El novicio llega a experto competente pasando de comportamientos basados en normas a comportamientos basados en contextos.

La importancia de la experiencia

Es preciso formar MF reflexivos, que usen el ciclo de reflexión-acción como estrategia que ayuda a superar los problemas.

Conclusión

Se precisa una nueva formación en medicina de familia que debe enfatizar los aspectos centrales de la especialidad.